

I. Consentimiento Para Tratamiento, Divulgación de Información para Facturación y Pago

Gracias por elegir al Berks Community Health Center (BCHC) como su centro primario de cuidado de salud.

Le pedimos que, antes de recibir tratamiento, revise y firme los siguientes Consentimientos de Tratamiento, Publicación de Información y Pago. En caso que usted tuviese alguna pregunta sobre nuestro tratamiento o póliza de pago, no dude en preguntarnos. Al firmar abajo usted confirma que usted consiente, entiende y está de acuerdo con:

CONSENTIMIENTO A RECIBIR TRATAMIENTO

- Yo consiento voluntariamente a recibir los servicios de cuidado médico y de salud provistos por el BCHC.
- Yo tendré la oportunidad de discutir mi satisfacción, con el médico o profesional de salud, los riesgos y beneficios de los procedimientos propuestos y la probabilidad de alcanzar mis metas.
- En cualquier momento, tengo el derecho a consentir o rehusar cualquier procedimiento o tratamiento propuesto.
- BCHC proveerá el mejor cuidado posible de forma consistente con los estándares prevalecientes de la práctica médica, pero no promete seguridad o garantía de los resultados del tratamiento.
- Con relación a lo antes mencionado, mi médico o CRNP en conjunto con el personal clínico y de apoyo en el BCHC, podrá administrar cualquier tratamiento o realizar cualquier procedimiento que mi proveedor considere recomendable para mi cuidado y tratamiento.
- En caso de que un empleado de BCHC sea expuesto de forma significativa a mi sangre o flujo corporal, de tal manera que pudiese contagiarse con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), el virus de Hepatitis B o el virus de Hepatitis C, después de yo haber recibido la certificación apropiada de dicha exposición por parte del proveedor de salud del BCHC de acuerdo con la 35 P.S. § 7606 (b)(2), yo por este medio estoy de acuerdo y doy consentimiento a que se me realicen las pruebas de dichas infecciones en mi sangre y/o flujo corporal y que se compartan los resultados con la persona que fue expuesta. Se me ofrecerá la oportunidad de informarme los resultados en persona y de asesoramiento inmediato y de seguimiento.
- Antes de recetarme o despacharme cualquier sustancia controlada del Programa II, BCHC puede pedir y revisar mi información en el Programa de Control de Recetas en Pennsylvania sobre mi receta previa de sustancias controladas del Programa II.

CONSENTIMIENTO A PUBLICAR MI INFORMACION

- Yo autorizo a BCHC a que comparta la información de mi expediente médico con cualquier tercera persona responsable del pago para que se le reembolse a BCHC por los servicios recibidos. Yo entiendo que la información requerida incluye la data de mi historial médico incluyendo, si aplica, información sobre abuso de sustancias controladas, enfermedad mental o emocional y VIH u otras enfermedades infecciosas.
- Yo certifico correcta la información que he provisto para el procesamiento de reclamaciones, y la mantendré actualizada.

CONSENT FOR PAYMENT

- Al firmar este documento, yo estoy de acuerdo en asignar y autorizo a que BCHC reciba directamente, hasta lo que conceda la ley, el pago de cualquier y todos los beneficios de cuidado de salud a los cuales yo tenga el derecho a reclamar bajo cualquier póliza de seguro (hospitalización, cuidado médico, compensación al trabajador, o cualquier otro seguro o plan de beneficios).
- Si no tengo beneficios de cuidado de salud, estoy de acuerdo en proveerle a BCHC la documentación requerida para cualificar para la escala ajustable de honorarios de BCHC y mantendré esta información actualizada.
- Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cargos, co-pagos y deducibles por los servicios prestados los cuales son requeridos o no son cubiertos por mi plan de beneficios.

Nombre del Paciente (Impreso)	Fecha de Nacimiento	Firma del Paciente o Padre/Guardián
Nombre del Padre/Guardián (Impreso)	Relación con el Paciente	Fecha Firmado

II. RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE BCHC (SELECCIONE UNO)

He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad del Berks Community Health Center.

Nombre del Paciente (Impreso)	Fecha de nacimiento	Firma del Padre del Paciente o Guarda Legal
-------------------------------	---------------------	---

El paciente se rehúsa a firmar el reconocimiento de recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad de BCHC.

Nombre Impreso de PSR/Representante BCHC	Firma de PSR/Representante BCHC	Fecha Firmado
--	---------------------------------	---------------